Ueber einen Fall von Hernia obturatoria incarcerata.

Ein Beitrag zur Lehre der Hernia obturatoria.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medizin und Chirurgie,

welche

mit Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität

Halle-Wittenberg

Mittwoch, den 15. August 1906, Vormittags 10 Uhr

öffentlich vortragen wird

Carl Davin

Assistenzarzt am Knappschaftskrankenhaus bei Annahütte

aus **Osnabrück.**

Halle a. S.
Hofbuchdruckerei von C. A. Kaemmerer & Co.
1906.

Gedruckt mit Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der Universität Halle.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **von Bramann.**

W. Roux
Decan.

Meiner lieben Mutter!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546024_0129

Die Hernia obturatoria zählt unter allen Bruchformen zu den am seltensten beobachteten. Es finden sich in der Litteratur bisher nur über 200 Fälle verzeichnet. Die erste Veröffentlichung rührt offenbar von dem Pariser Chirurgen Croissant de Garengeot her, der i. J. 1743 in seiner Abhandlung „Memoire sur plusieurs hernies singulières" die bis dahin gemachten Beobachtungen beschrieb. Nächst ihm sind dann besonders zu nennen Roman Fischer (1), welcher in seinen „Beiträgen zur Lehre über die Hernia obturatoria 100 Jahre später 52 Fälle aus der Litteratur zusammenstellte, ferner der Däne Fredrik Grünfeld mit einer Abhandlung über 140 Fälle und endlich Joseph Englisch (2), der i. J. 1891 neben einer Publikation von 135 Fällen ein genaues Litteraturverzeichnis über alle seit d. J. 1743 erfolgten Veröffentlichungen giebt. Neuerdings haben Dehner (9) und Hermann Hirschfeld (10) die nach der Arbeit von Englisch bekannt gewordenen Fälle am Schlusse ihrer Inauguraldissertation kurz zusammengestellt, sodass nunmehr eine ziemlich zusammenhängende Litteratur über die Lehre von der Hernia obturatoria vom Jahre 1743 bis 1903 vorhanden ist. Was seitdem noch veröffentlicht worden ist, soll in meiner Arbeit Erwähnung finden.

Für das richtige Verständnis der topographischen Verhältnisse bei der Hernia obturatoria sei eine kurze Skizzierung der Regio obturatoria vorausgeschickt.

Die Stelle, an welcher der Bruch die Bauchhöhle verlässt, ist in allen Fällen die gleiche. Es ist ein vorgebildeter Kanal, welcher Gefässen und Nerven zum Austritt dient.

Das Foramen obturatum oder ovale, durch welches dieser Kanal verläuft, ist bis auf eine kleine Stelle von der Membrana obturatoria verschlossen, an welcher — wenigstens in dem oberen Teil — häufig zwei von einander getrennte Lamellen zu unterscheiden sind. Am oberen inneren Rande der Membran dient eine scharf abgegrenzte Lücke, welcher an der unteren Fläche des horizontalen Schambeinastes eine rinnenförmige Vertiefung, der sogenannte Sulcus obturatorius, entspricht, dem Durchtritt des Nervus obturatorius sowie der Arteria und Vena obturatoria. Die Membran bietet auf der Rückseite dem Musculus obturator internus und auf der Vorderseite einen Teil des Musculus obturator externus Ursprung. Beide Muskeln umranden dabei den Weg der genannten Gefässe und Nerven ziemlich scharf und bilden so den Canalis obturatorius. Dieser verläuft von hinten aussen und oben nach vorn innen und unten und erreicht eine Länge bis zu $1^1/_2$ cm bei einem Durchmesser bis zu 1 cm. Hinter dem Musc. obt. int., der einen besonderen Fascienüberzug besitzt, liegt die Fascia intraabdominalis, welche die Gefässe z. T. umscheidet und durch den Kanal begleitet, und schliesslich das Peritoneum. Vor der äusseren Mündung des Kanals liegt der Musculus pectineus und vor diesem das Bindegewebe des Trigonum subinguinale.

Hiernach werden die Wandungen des Canalis obturatorius in folgender Weise gebildet:

Das Dach besteht aus dem oben erwähnten Sulcus obturatorius, dessen vorspringende Leisten auch noch einen Teil der Seitenwände bilden. Den Boden des Kanals bilden die freien Ränder der beiden Lamellen der Membrana obturatoria, ferner das zwischen ihnen gelegene Fettgewebe und der obere Rand des Musc. obt. int. Die den Muskel bedeckende Fascie setzt sich als bindegewebige Membran in den Kanal fort und überzieht den Boden desselben. Dadurch, dass sie aber auch kontinuierlich in das Periost des Sulcus obturatorius übergeht, bildet sie auch einen Teil der

Seitenwände und giebt so dem Kanal eine vollständige bindegewebige Auskleidung.

Die durch den Canalis obturatorius verlaufenden Gebilde verhalten sich in der Regel derart, dass der Nerv. obtur. am meisten nach oben und aussen, die Vene innen und unten und zwischen beiden die Arterie gelegen ist.

Von diesen Gebilden gehen jedoch schon im Bereiche des Kanals sowohl Arterienverzweigungen als auch besonders Nervenäste ab. Diese verlaufen teilweise noch durch die ganze Länge des Kanals, zum Teil aber nehmen sie ihren Weg direkt durch den Musc. obt. ext. hindurch, der sich in manchen Fällen in mehrere Portionen trennen lässt, nämlich in eine obere vom Schambein, eine mittlere von der Membran und eine untere vom Sitzbein. Von den erwähnten Nervenästen tritt einer am Rande des Musc. obt. ext. hervor und versorgt den Musc. pectin., adductor longus und brevis. Ein zweiter nimmt seinen Weg zwischen der oberen und mittleren Portion zum Adductor magnus, während der dritte innerhalb des Kanals abzweigt und den Obturator externus selbst versorgt. Weniger wichtig sind die Verzweigungen der Arterie, obwohl auch ein Fall beschrieben ist, bei welchem ein Bruch in der Richtung einer Gefässverzweigung nach dem Hüftgelenk hin verfolgt ist.

Dem Verlaufe der Gefässe und Nerven folgend, tritt nun die Hernia obturatoria unter dem Schambein durch den Canalis obturatorius zwischen die Membrana obturatoria und den Musc. obt. ext. Von hier aus verläuft sie gewöhnlich zwischen dem oberen und mittleren Bündel des Obturator externus hindurch in den Raum zwischen diesem Muskel und dem Musc. pectineus. Sie kann aber auch zwischen der mittleren und unteren Portion des Musc. obt. ext. hindurch zwischen diesen Muskel und den Adductor brevis gelangen. Die Austrittsstelle ist also im Gegensatz zur Hernia femoralis unmittelbar unterhalb dem horizontalen Schambeinaste. Demnach ist die Bruchgeschwulst zu suchen an der Vorderfläche des Oberschenkels in dem dreieckigen Raum, der nach

innen vom Adductor longus, nach aussen von der Arteria femoralis, nach oben durch den Rand des Schambeines begrenzt ist, und sie wird zugänglich dadurch, dass man nach Durchtrennung der Haut, des Unterhautzellgewebes die Musc. pectineus abpräpariert.

Der Inhalt des Bruchsackes besteht zumeist aus einer Dünndarmschlinge, sehr häufig findet man einen Darmwandbruch, sog. Littrésche Hernie. Auch Netzbrüche sind zu etwa 25% der Fälle beobachtet worden; zuweilen ergab der Inhalt selbst Ovarium, Tube, Uterus, Harnblase, Processus vermiformis. Verwachsungen zwischen Bruchsack und Eingeweide sind ziemlich häufig.

Eine besondere Disposition für Hernia obturatoria zeigen in auffallender Weise das weibliche Geschlecht und besonders Individuen jenseits der 50er Jahre. Was den ersten Punkt angeht, so ist der Grund wohl zunächst darin zu suchen, dass bei Frauen die Beckenneigung stärker ist als beim Manne und mit zunehmendem Alter noch grösser wird, sodass die andrängenden Eingeweide leichter in den mehr vertikal gestellten Canalis obturatorius eintreten können. Auch die beim Weibe grössere Weite des Foramen obturatum sowie die bedeutendere Capacität des Beckens werden mit Recht als Grund angeführt; desgleichen Schwangerschaft und vorausgegangene Entbindungen, durch welche das Peritoneum erschlafft, nach einigen Angaben ferner die Regio obturatoria auseinandergezerrt und die Venen erweitert werden sollen. Als Ursache für das Prävalieren der Hernia obturatoria im Alter ist der Schwund des Fettpolsters und die damit verbundene Nachgiebigkeit der Gegend des Foramen obturatum anzusehen. Diese Beobachtungen: das überwiegende Vorkommen der Hernia obturatoria im Alter und besonders beim weiblichen Geschlecht finden wir in genauen Statistiken von Pimbet[1]) sowie von Englisch (2) bestätigt. Auch die von Fischer, Vinson und Thiele aufgestellten Tabellen haben zu den gleichen Resultaten geführt. Nach ihnen schätzt

1) Pimbet, De la hernie obturatrice. Paris 1882.

Hirschfeld das Verhältnis der bei Frauen nachgewiesenen obturatorischen Hernien gegenüber den bei Männern gefundenen auf 5—6 : 1, was meiner Berechnung nach, welche die Zahlen 8 : 1 ergiebt, noch zu niedrig getroffen ist.

Über das Zustandekommen der Hernia obturatoria sind mit der Zeit besondere Theorieen aufgestellt worden, von welchen wir als die wahrscheinlichste die hauptsächlich von Roser und Linhart vertretene imponiert. Roser (5) hat auf Grund anatomischer Befunde zuerst den Satz aufgestellt, dass eine grosse Anzahl von Brüchen, namentlich Schenkel- und Leistenhernien durch den Zug kleiner Lipome entstehen, welche als eine verdickte Schicht des subserösen Fettgewebes dem Peritoneum fest aufsitzen und beim Wachstum dieses allmählich als Bruchsack hinter sich herziehen. Diese Lehre hat dann Linhart auch auf die Brüche des Foramen obturatum ausgedehnt. Sie erfährt eine wesentliche Stütze durch den oft konstatierten Befund von leeren Bruchsäcken im Canalis abturatorius. Man hat also die Entstehung der Hernie als einen zweizeitigen Akt aufzufassen, bei welchem zunächst durch den Zug des subserösen Lipoms ein leerer Bruchsack gebildet wird, in welchen dann infolge eines der oben erwähnten Momente oder auch durch einen äusseren Anlass erst secundär ein Bruchinhalt eintritt. Als eine weitere Bestätigung dieser Theorie des präformierten Bruchsackes ist das relativ häufige Vorkommen von Littré'schen Hernien gerade an dieser Stelle anzusehen. Die vielfach beobachteten Koliken und Symptome der gehemmten Fortleitung des Darminhaltes machen es, wie auch Hirschfeld betont, in hohem Grade wahrscheinlich, dass öfters eine freie Darmwand sich in den präformierten Bruchsack einsenkt, hier vorübergehend unter den Symptomen der Darm- und Peritonealreizung festgehalten wird und dann spontan wieder in die Bauchhöhle zurückgleitet. Durch die öftere Wiederholung dieses Vorganges wird jene Darmstelle allmählich divertikelartig ausgezogen und kann schliesslich leicht in grösserem Umfange im Canalis obturatorius eingeklemmt werden.

In Anlehnung an die obigen Ausführungen gehe ich nun zur Beschreibung eines Falles von Hernia obturatoria incarcerata über, welcher am 12. Mai d. J. in der Chirurgischen Universitäts-Klinik zu Halle zur Beobachtung kam.

Es handelt sich dabei um die 59 jährige Frau K. aus Frankenhausen.

Anamnese: Patientin will früher nie ernstlich krank gewesen sein. Ab und zu war der Stuhlgang etwas angehalten, bisweilen hatte sie auch Durchfall. Sechs Tage vor ihrer Einlieferung, am 7. Mai d. J., erkrankte sie früh um 7 Uhr plötzlich mit heftigen Schmerzen im Leib, sodass sie sich wieder zu Bett legen musste. Lokalisieren konnte sie die Schmerzen nicht; der ganze Leib sei schmerzhaft gewesen. Am nächsten Tage begann sie zu erbrechen. Das Erbrechen besteht seitdem fort, Tag und Nacht ziemlich häufig; es soll zuletzt kotig gerochen haben. Die Schmerzen, die andauernd bestanden, verstärkten sich ab und zu kolikartig. Patientin meint, dass sie jetzt links stärker wären als rechts.

Status: Mittelgrosse Patientin. Knochenbau und Muskulatur nicht sehr kräftig. Gesicht eingefallen: ausgesprochene Facies abdominalis. Haut und Schleimhäute blass, Atmung beschleunigt, nicht rein kostal. Puls beschleunigt (130—140), klein, unregelmässig.

Abdomen: aufgetrieben, meteoristisch. Bauchdecken gespannt (mehr passiv, infolge der Auftreibung der Darmschlingen). Bei Palpation tritt keine sehr ausgesprochene aktive Muskelspannung der Bauchdecken ein. Die Auftreibung ist ziemlich gleichmässig, links vielleicht etwas stärker als rechts. Ab und zu zeichnen sich im Bereiche der linken Abdominalhälfte meteoristisch sich verstreichende Dünndarmschlingen an den Bauchdecken ab, meist allerdings nur leicht angedeutet. Irgend eine Dämpfung ist nicht nachweisbar, auch nicht in den abhängigen Partieen. Das Abdomen ist mässig schmerzhaft, und zwar links anscheinend mehr wie rechts. Bruchpforten (Leisten- und Schenkelkanal) frei. Per

rectum ist ebenso wie per vaginam nichts Besonderes festzustellen. Die Patientin klagt ab und zu über Schmerzen im linken Oberschenkel, die von der Gegend des Poupartschen Bandes nach abwärts ausstrahlen und bei Druck sich zu verstärken scheinen. Bei der Palpation fühlt man hier eine etwas unbestimmte, nicht abgrenzbare Resistenz, die zusammen mit den übrigen Symptomen Herrn Geh.-Rat v. Bramann bei der klinischen Besprechung des Falles die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Hernia obturatoria incarcerata stellen liess.

Therapie, 12. V. 06: Da infolge des schon 6tägigen Bestehens der Incarceration, sowie des verfallenen Ausschens der Patientin und der nahezu vollständigen Darmlähmung schwere Veränderungen der incarcerierten Darmschlinge bezw. Gangrän derselben zu befürchten sind, so wird zunächt von dem Freilegen der Hernie selbst Abstand genommen und die Laparatomie in der Medianlinie gemacht. Nach Eröffnung des Abdomens lässt sich feststellen, dass eine Dünndarmschlinge in der Gegend des Foramen obturatum fixiert ist. — Hierauf Schnitt parallel dem Ligamentum Pouparti. Um die fixierte Dünndarmschlinge der Controle des Auges zugänglich zu machen, wird Beckenhochlagerung vorgenommen, wobei, ohne dass an der incarcerierten Schlinge ein Zug ausgeübt wird, der Darm in der bereits gangränösen Schnürfurche einreisst. Die Perforation wird sofort durch Compressen geschlossen, das Abdomen gründlich gereinigt und durch Tamponade vor weiterer Verunreinigung geschützt. Um die Darmschlinge aus der Incarceration zu befreien, wird zunächst die Membrana obturatoria nebst Bruchsackhals incidiert. Aber erst nachdem ein Stück vom horizontalen Schambeinast abgemeisselt ist, gelingt die Lösung der Darmschlinge. Der zuführende Dünndarm ist sehr stark aufgetrieben und ohne Tonus. Das eingeklemmte Stück des Dünndarms (am Mesenterialansatz ca. $2^1/_2$ cm lang) ist braunschwarz verfärbt, die Schnürringe sind bereits schwarz bis grauschwarz. Das Mesenterium ist dicht an seinem Ansatz im Bereiche der

abgeschnürten Stelle von Hämorrhagieen durchsetzt. — Auswaschen der Bauchhöhle mit Kochsalzlösung. Resection einer ca. 25 cm langen Dünndarmschlinge. Einnähen beider Enden in die Bauchdecken. Schluss der Bauchdeckenwunden. Tamponade mit Jodoformgaze und Einlegen eines Drains in das zuführende Ende, aus dem nur spärlich Darminhalt abfliesst. Excitation: Darmspülungen und Einläufe, Kampher, subcutane Kochsalzinfusion. Patientin erholt sich nicht.

Exitus letalis 11 Uhr abends.

Sektionsbefund am 13. Mai: Ältere weibliche Leiche von zartem Knochenbau und dürftigem Ernährungszustand. Totenflecke und Starre vorhanden. Die Haut der Brust zeigt zwei leicht blau unterlaufene Injektionsstellen.

Das Abdomen ist stark aufgetrieben. In der Medianlinie zwischen Nabel und Symphyse findet sich eine 11,5 cm lange, mit ihrem unteren Ende etwas nach links abweichende Operationswunde, die durch Knopfnähte verschlossen ist. Links davon eine zweite Wunde, welche drei Querfinger breit unterhalb des linken Rippenbogens beginnt, bis zum Scarpaschen Dreieck reicht und nur über und unterhalb des Ligamentum Pouparti ein Stück unterbrochen ist. Die Wunde ist in ihrer unteren Hälfte durch Kopfnähte verschlossen, bis auf den unteren Wundwinkel, in dem ein Drainrohr steckt. Der obere Abschnitt der Wunde klafft weit auseinander, er ist drainiert und tamponiert; ausserdem ragen aus ihm zwei Dünndarmstümpfe hervor, deren einer mit einem dicken Drainrohr armiert ist. Muskulatur und Fettpolster der Brust- und Bauchdecken sind mässig entwickelt. Das wenig fettreiche Netz ist aufgerollt, nur ein Zipfel reicht nach links zur Operationswunde. Die Serosa der Därme, die gebläht sind und reichlich Flüssigkeit enthalten, ist injiciert und in der Umgebung der Wunden mit zarten, abziehbaren fibrinösen Membranen bedeckt. Ein Stück unterhalb der Flexura duodenojejunalis ist, wie angedeutet, der Darm teilweise reseciert; der centrale Stumpf ist mit dem Drainrohr armiert und wie der freie, periphere in die Wunde gelagert. Die vordere

linke Wand des kleinen Beckens weist eine starke Durchblutung des Peritoneums und des darunter gelegenen Bindegewebes auf. Der linke horizontale Schambeinast ist in der Ausdehnung von $1^1/_2 - 2$ Querfingerbreite reseciert. Das linke Foramen obturatum erweist sich als durchgängig. Durch dasselbe hat sich ein vom Peritoneum gebildeter Bruchsack, der etwa dem Handschuhfinger eines Daumens an Weite entspricht, zwischen die Addektoren muskulator vorgestülpt. Das rechte For. obtur. ist nicht durchgängig. Im Abdomen findet sich eine geringe Menge trüber, sanguinolent gefärbter Flüssigkeit. Die Darmschleimhaut zeigt in der Nähe der Resectionsstellen eine entzündliche Schwellung.

Bezugnehmend auf die in diesem speziellen Falle liegende Erfahrungen will ich im Weiteren auf die Cardinalpunkte eingehen, welche bei einer Hernia obturatoria praktisch in Frage kommen.

Aus dem von mir angeführten Fall geht genügend hervor, dass die Diagnose der Hernia obturatoria durchaus keine leichte ist, und es wird dies noch augenscheinlicher durch die Tatsache, dass bei einer grossen Zahl der Fälle, zumal wo es sich um eine nicht eingeklemmte Hernia obturatoria handelte, diese erst bei der Sektion oder Operation anderer Hernien erkannt wurde. Man wird deshalb zur Sicherstellung der Diagnose

1. schon durch eine genaue Anamnese in Erfahrung zu bringen suchen, ob bereits früher einmal Übelkeit, Brechneigung, Stuhl- und Windverhaltung gleichzeitig mit dem plötzlich auftretenden, unten zu besprechenden Rombergschen Symptom vorhanden gewesen sind. Liegt hiernach schon Verdacht auf eine incarcerierte Hernia obturatoria vor, so hat man sein Augenmerk sofort

2. etwaigen Einklemmungserscheinungen zuzuwenden, welche bestehen in heftigen Kolikschmerzen, häufigem Erbrechen, Ziehen im Leib, lebhaften Darmbewegungen, die man eventuell durch die Bauchdecken hindurch wahrnehmen

kann, ferner in Auftreibung des Leibes und Veränderungen des Pulses.

3. hat man festzustellen, ob in der Gegend des For. obtur. eine auf Druck schmerzhafte Geschwulst vorhanden ist, welche die bedeckenden Weichteile hervorwölbt. Zu diesem Zwecke muss man das oben beschriebene Dreieck palpieren, welches, wie erwähnt, nach innen vom Adductor longus, nach aussen von der Arteria femoralis und nach oben durch den Rand des horizontalen Schambeinastes, bezw. die Inguinalfurche begrenzt wird. Da die Untersuchung durch den über diese Region verlaufende Musc. pectineus erschwert wird, so führt man sie am besten bei mässiger Flexion, Adduction und Aussenrotation des Oberschenkels aus, wodurch eine Entspannung des Pectineus, der Adductoren und des Ileopsvas erfolgt. Nach Graser sucht man sich nun den aufsteigenden Schambeinast hinter dem Adductor longus auf und geht von hier mit dem Finger nach hinten aussen und oben.

4. gelingt es zuweilen, durch die bimanuelle Untersuchung von der Vagina oder dem Rectum aus nach Entleerung der Harnblase das Herantreten eines Stranges an die vordere Beckenwand festzustellen.

5. ist eine in der Regio obturatoria localisierte Druckempfindlichkeit schon dann von Bedeutung, wenn eine Geschwulst (cf Punkt 3) nicht nachweisbar ist. Unter Umständen ist noch zu versuchen, ob dieser Schmerz durch Spannung des Musc. obtur. ext. bei Abduction und starker Innenrotation sich noch steigert.

Von besonderer Bedeutung gerade für die Hernia obturatoria ist

6. das Rombergsche Symptom, welches zuerst von Wetherfield i. J. 1840 erwähnt wird und in einer Neuralgie der Zweige des Nervus obturatorius besteht. Die Patienten empfinden dabei ein Gefühl von Taubsein oder ziehende, stechende Schmerzen, welche von der Regio obturatoria ausgehen und an der Innenseite des Oberschenkels

über das Kniegelenk hinaus sich bis zum Fuss erstrecken. Diese Störungen können dauernd vorhanden sein oder auch anfallsweise mit krampfartigen Erscheinungen in den vom Nervus obturatorius versorgten Muskeln auftreten. Der Oberschenkel wird dabei gewöhnlich gebeugt gehalten und kann nicht adduciert werden. Alle Bewegungen, auch die Anstrengung der Bauchpresse steigern die Empfindlichkeit. Diese Erscheinungen des Rombergschen Symptoms, welche indessen nur etwa in der Hälfte der Fälle beobachtet werden, sind durch eine Compression des Nerv. obtur. durch die Bruchgeschwulst im Canalis obturatorius zu erklären. Dass man jedoch mit der Verwertung dieses Symptomes etwas vorsichtig sein muss, lehren die Beobachtungen von Krönlein, der diese Nervenreizung namentlich auch bei Perimetritis und eitriger Peritonitis in der Fossa iliaca, und von Landerer, welcher sie in einem Fall von Osteomyelitis des Schambeins gefunden hat.

Als letztes diagnostisches Hülfsmittel kommt

7. das Verhalten der übrigen Bruchpforten in Betracht. Sind diese leer und bestehen Einklemmungserscheinungen, so wird die Wahrscheinlichkeit einer obturatorischen Hernie grösser. Graser, der mit Recht davor warnt, bei vorhandenen Incarcerationssymptomen voreilig auf eine innere Einklemmung zu schliessen, giebt folgende Regel, welche auch Geh.-Rat v. Bramann bei der klinischen Vorstellung des obigen Falles seinen Zuhörern einschärfte: Suche alle Bruchpforten, auch die seltensten, gründlich ab, bevor Du eine innere Einklemmung annimmst. Bedenke aber auch stets, dass gleichzeitig zweierlei Störungen vorliegen können, namentlich aber auch gleichzeitig zwei Brüche auf derselben Seite, nicht selten ein Schenkelbruch und ein obturatorischer. Es ist vorgekommen, dass ein Leisten-, Nabel- oder Cruralbruch beseitigt wurde, während die Einklemmung eines darunter liegenden Obturationsbruches erst bei der Section entdeckt wurde.

Differentialdiagnostisch kommt die Cruralhernie in Betracht. Man beachte, dass diese oberhalb des horizontalen Schambeinastes hervortritt, während die Hernia obturatoria unterhalb desselben liegt. Trotzdem ist es oft noch sehr schwer, beide von einander zu unterscheiden, zumal bei gleichzeitigem Vorhandensein dieser beiden Brucharten. Man hat hierfür dann besonders zu bedenken, dass die Hernia obturatoria mehr nach unten und innen liegt und infolge der Muskelbedeckung und der tiefen Lage ihres Halses niemals gestielt ist.

Vergegenwärtigen wir uns nun, welche von den eben genannten diagnostischen Momenten sich für unsern Fall verwerten liessen, so kommen wir zu folgendem Ergebnis:

Ad. 1. Die anamnestischen Angaben lassen auf eine Einklemmung in der linken Hälfte des Abdomens schliessen, besitzen also positiven Wert.

Ad. 2. Die Einklemmungssymptome sind auch jetzt noch vorhanden, wenn auch nicht so ausgesprochen, wie nach der Anamnese. Immerhin ist auch dieses Moment mit Rücksicht auf die anamnestischen Erhebungen in positivem Sinne zu deuten.

Ad. 3. „Bei der Palpation fühlt man eine etwas unbestimmte, nicht abgrenzbare Resistenz."

Ad. 4. „Per rectum ist ebenso wie per vaginam nichts Besonderes festzustellen;" d. h. negativer Befund.

Ad. 5. Hinsichtlich einer in der Regio obturatoria lokalisierten Druckempfindlichkeit heisst es in der Krankengeschichte, dass das Abdomen links anscheinend am stärksten schmerzhaft ist.

Ad. 6. Über das Rombergsche Symptom ist die Angabe der Patientin nicht ganz bestimmt. Pichert (7) giebt bei dem von ihm beschriebenen Fall einen ähnlichen Befund und ist der Meinung, „dass die in hohem Masse erschöpfte Patientin von ihrem ursprünglichen Leiden (Carcinoma mammae) dermassen absorbiert worden ist, dass sie bei ruhiger Lage gegen diesen Schmerz indolent gewesen

sein konnte.“ Was insbesondere unsern Fall angeht, so möchte ich der Ansicht Auerbachs (6) beitreten, nach welcher die mangelnde Fähigkeit der oft schon decrepiden Kranken, über Sitz und Art der Schmerzen genaue Auskunft zu geben, dieses Symptom völlig wertlos macht.

Ad. 7. ergiebt das Freisein der Bruchpforten ein positives Resultat.

Ziehen wir also das Endergebnis, so kommen wir zu dem Schluss, dass die diagnostischen Handhaben, von denen 3 positiv, 3 unsicher und 1 negativ waren, Herrn Geh.-Rat Prof. v. Bramann zu der von ihm gestellten Wahrscheinlichkeitsdiagnose Hernia obturatoria incarcerata berechtigten.

In der Lehre über die Behandlung der Hernia obturatoria stehen sich noch die verschiedensten Ansichten gegenüber. Sie gehört zweifellos zu den schwierigsten chirurgischen Kapiteln innerhalb der Therapie der Brüche. Das trifft in erster Linie für die Taxis zu, sodass Grasert rät, sie überhaupt ganz zu unterlassen. Wenn sie begreiflicherweise in der vorantiseptischen Zeit die einzige Rettung war, so ist heutzutage jedenfalls bei incarcerierten obturatorischen Hernien immer davon abzuraten, wenn man nicht wirklich sicher ist, dass keine Schwierigkeiten, besonders Verwachsungen vorhanden sind. Man wird sonst bei einem von so starken Weichteilen bedeckten und infolge tiefliegender Bruchpforte häufig ganz unzugänglichen Bruch nur zu leicht ein trauriges Resultat erleben. Jedenfalls soll man, wenn die Einklemmung länger als 24 Stunden besteht, gänzlich von der Taxis absehen. Aber auch selbst wenn der Bruch durch die unblutige Reposition beseitigt ist, wird man doch ein Recidiv nicht verhüten können, da es kaum ein Bruchband geben wird, welches bei so tiefliegender, von so viel Muskeln bedeckter Bruchpforte und in der Nähe eines so viel bewegten Gelenkes einen absolut sichern Sitz garantiert. Von den Methoden der Taxis erwähne ich zunächst die von Fischer (1) empfohlene und im Princip bereits von Garengeot ange-

gebene, welche bei erhöhtem Becken in leichter Flexions-, Adductions- und Aussenrotationsstellung des Oberschenkels vorgenommen wird. Hierdurch wird eine Entspannung der Adductoren, des Pectineus und Obturator externus erzielt, worauf dann der Bruch durch Druck auf den Winkel, welchen der horizontale und absteigende Schambeinast bilden, leicht zurückgebracht werden soll.

Nach Röser wird durch einen Assistenten ein Druck auf die oben beschriebene Stelle ausgeübt, während der Operateur mit der einen Hand in das Rectum bezw. die Vagina (Werner) eingeht und hier bis zur inneren Öffnung des Canalis obturatorius vordringt. Die andere Hand drückt von aussen her hinter dem horizontalen Schambeinast die Bauchdecken ein, bis sie gleichfalls zur inneren Öffnung des Canalis obturatorius gelangt. Durch dieses combinierte Verfahren soll die eingeklemmte Darmschlinge aus der Bruchpforte gegen das Kreuzbein hinabgezogen werden.

Eine definitive Heilung ist bei der Hernia obturatoria nur von der blutigen Operation zu erwarten. Es giebt hier zwei Möglichkeiten: 1. Die Laparatomie und 2. den sogenannten Femoralschnitt. Beide Methoden sind von jeher in der Litteratur ein vielumstrittenes Thema gewesen und bieten auch bis in die allerneuste Zeit noch einen Gegenstand lebhaftester Diskussion. Jede dieser beiden Operationsarten hat ihre Anhänger — am meisten offenbar der Femoralschnitt — und jede Partei fordert fast schematisch die Einhaltung des von ihr geübten Verfahrens.

In der Tat hat auch jede Methode ihre Vorzüge, die meines Erachtens jedoch erst je nach Lage des Falles hervortreten.

Zu Gunsten des Abdominalschnittes lässt sich anführen, dass er sowohl in allen Fällen, wo die Diagnose zwischen Hernia obturatoria und einer innern Einklemmung schwankt, als auch, wie Dehner (9) betont, bei schon länger bestehender Einklemmung zu empfehlen ist. Hierfür dient der von mir angeführte Fall als Beispiel. Wenn auch, wie Querbach

bemerkt, bei der Laparatomie im Falle brandigen Zerfalls der herausgezogenen Darmschlinge die Verunreinigung der Beckenhöhle und ihrer Eingeweide unvermeidlich wird, so ist andererseits wieder der Vorteil, welchen die Möglichkeit einer gründlichen Revision weiterer Darmstrecken in einem besser zugänglichen Operationsfeld bietet, einem Femoralschnitt wohl gegenüberzustellen, bei welchem die Beseitigung eines fest eingeschnürten Bruches in dem schwer zugänglichen und durch einen festen Knochenring beschränkten Operationsgebiet unmöglich ist. Knipping (8) führt einen Fall an, bei welchem nach Femoralschnitt trotz mehrfacher Incisionen nach verschiedenen Richtungen des einschnürenden Ringes hin die eingeklemmte Darmwand nicht weiter hervorzuziehen war, wegen ihres gangränösen Aussehens aber auch nicht reponiert werden durfte, sodass als einziger Ausweg noch die Laparatomie angeschlossen werden musste. Und Hirschfeld berichtet über einen Femoralschnitt, nach welchem die Laparatomie nachträglich noch nötig wurde, weil man bei ersterem Eingriff weder zu der Hernia obturatoria gelangte, noch einen Grund der Einklemmung erkennen konnte.

Immerhin geniesst die Herniotomie durch Femoralschnitt im allgemeinen den Vorzug, sowohl zur Beseitigung der Einklemmung, als auch, wie Englisch angiebt, wegen der Geringfügigkeit der dabei gesetzten Verletzung. Nichtsdestoweniger sollte es sich aber auf Grund obiger Darlegungen meiner Ansicht nach empfehlen, von einem Schema, das — wie überall — leicht verderblich werden kann, überhaupt ganz abzugehen und vielmehr bei den noch immer fraglichen Aussichten von Fall zu Fall den entscheidenden Eingriff sorgfältig zu erwägen.

Zur Ausführung der Laparatomie legt man den Bauchschnitt entweder in der Linea alba oder oberhalb und parallel dem Ligamentum Pouparti an. Die Darmschlinge wird aufgesucht und in die Bauchhöhle zurückgezogen.

Von den verschiedenen Arten des Femoralschnittes sei die von Schmidt beschriebene zuerst erwähnt:

Man führt zwischen Arteria femoralis und Symphyse einen schräg von innen oben nach aussen unten verlaufenden, 6—7 cm langen Schnitt durch Haut, Unterhautzellgewebe und Fascie. Beim Auseinanderziehen der Wundränder wird der Rand des schräg verlaufenden Musc. pectineus durch einen weissen Bindegewebsstreifen kenntlich. Nach innen davon sieht man die Fasern des Musc. adductor longus; im unteren Wundwinkel verläuft die Vena saphena magna. Nun trennt man den Pectineus vom Adductor longus und gelangt, etwas nach aussen, auf den Musc. obturator externus, bezw. auf die durch denselben getretene Bruchgeschwulst. Um sich diese zugänglicher zu machen, muss man den Pectineus stark nach aussen ziehen oder an seinem Schambeinursprung abtrennen. Die Fascia propria und der Bruchsack sind jetzt an ihrem Grunde leicht einzuschneiden. Will man eine Herniotomia externa versuchen, so bleibt der Bruchsack uneröffnet. Die Engigkeit des Operationsfeldes macht jedoch die Herniotomie vom Bruchsackinnern aus ratsam. Nach Eröffnung des Bruchsackes, und wenn es die Beschaffenheit der sichtbaren oder jedenfalls fühlbaren Darmschlingen gestattet, versucht man die Reposition derselben ohne Erweiterung des Einklemmungsringes, und erst, wenn diese nicht glückt, dilatiert man durch vorsichtige Einkerbungen durch Druck, bei Vermeidung grosser, gezogener Schnitte. Trifft man auf brandigen Darm, so verfährt man nach allgemeinen Regeln. Findet sich der Darm mit dem Bruchsack verwachsen, so kann er absichtlich oder bei allmählichem Vorwärtsschreiten zufällig eröffnet werden. Man sucht dann den Kot, welcher im zuführenden Rohr, oberhalb der eingeklemmten Darmschlinge stagniert, mittelst Katheter abzuleiten. In ähnlicher Weise wird diese Operation von Tillmanns beschrieben.

Grasert macht bei hochgelagertem Becken einen grossen Hautschnitt am innern Rande der Vena saphena magna. Nach Durchtrennung der Fascie legt er den innern Rand des Pectineus frei und trennt nach Bedarf diesen

Muskel an seinem Ursprung vom Schambein ab, so dass er heruntergeschlagen werden kann. Hierauf isoliert er den Bruch und eröffnet den Bruchsack.

Riedel hat in einem Fall mit brandverdächtigem Darm ein Stück Schambein reseciert und hat dies so zweckmässig befunden, dass er es unbedenklich für schwierigere Fälle empfiehlt. Jedenfalls ist die blutige Erweiterung des einklemmenden Ringes immer misslich: nach oben liegt der Knochen, nach unten und aussen kommt man leicht auf Gefässe; am besten gelingt es nach unten und innen, wobei aber auch leicht Blutungen entstehen.

Wenn irgend möglich, soll man an die Herniotomie immer die Radikaloperation anschliessen. Bardenheuer hat hierfür eine von Schwarzschild (11) publicierte Methode angegeben, nach welcher die innere Bruchpforte durch einen aus der Innenfläche des Schambeins herausgemeisselten Knochenperiostlappen verschlossen wird. Da dies von der Bauchhöhle aus geschieht, müsste man an jede Hernia obturatoria incarcerata, an welche man die Radikaloperation anschliessen will, per laparatomiam herangehen.

Neuerdings betont der Amsterdamer Chirurg Sträter (12) die Herniotomie von aussen als Normalmethode bei der Hernia obturatoria und giebt ein Verfahren für die Radikaloperation derselben an, deren Technik folgende ist:

„Nachdem der Bruchsack so hoch wie möglich abgetragen ist, formt man einen $1^1/_2$—2 cm breiten, ungefähr 8 cm langen Lappen aus der medialen Seite des Musc. pectineus, dessen Stiel sich am Schambein befindet und der distalwärts etwas schmäler werden kann. Nahe seinem Ende wird dieser Muskellappen mit einem nicht zu dünnen Faden umschnürt (den man auch noch erst durch den Lappen führen kann). Die beiden lang gelassenen Enden des Fadens werden dann mittels einer Aneurysmanadel durch den Canalis obturatorius geführt und an der Innenseite aufgefangen, nachdem man nötigenfalls die Cruralpforte etwas erweitert und das properitoneale Fettgewebe stumpf von der Innenseite des Scham-

beines zurückgeschoben hat. Mittels dieser Fäden zieht man den Pectineuslappen durch den Canalis obturatorius, während man ihn gleichzeitig von aussen in das For. obtur. hineinschiebt. Die beiden Enden des Fadens werden kurz oberhalb des Poupartschen Bandes durch die Aponeurose geführt und geknotet. Die Cruralpforte wird schliesslich wieder soweit wie nötig verengt. Hierdurch ist also der ganze Canalis obturatorius durch den Muskellappen ausgefüllt, und wird der Zugang zum Foramen obturatum verschlossen."

Sträter konnte sich an der Leiche davon überzeugen, dass an der Seite, wo er diese Operation gemacht hatte, das Peritoneum parietale an der Stelle des Foramen obturatum durch den dort befindlichen Wulst des transplantierten Muskellappens abgehoben war und nach der Bauchhöhle zu prominierte, während an der anderen Seite dort gerade eine kleine Einsenkung des Peritoneums, ein kleiner Peritonealtrichter bestand.

Die Prognose der Hernia obturatoria ist im allgemeinen leider noch eine recht ungünstige, wenn auch die Aussichten sich seit Einführung der Antiseptik wesentlich gebessert haben. Die im Vergleich zu anderen Bruchoperationen so wenig befriedigenden Erfolge finden ihre Erklärung darin, dass die Diagnose der Hernia obturatoria durchaus nicht leicht ist, dass die Patienten meisst schon zu spät in Behandlung kommen und das ferner häufig nach überstandener Operation die grosse Erschöpfung der Patienten sowie Komplikationen von Seiten anderer Organe den Tod herbeiführen.

Zum Schluss sei es mir gestattet, Herrn Geheimen Medizinal-Rat Prof. Dr. von Bramann für die Anregung zu dieser Arbeit sowie für die gütige Überlassung des Materials meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Roman Fischer, Beiträge zur Lehre über die Hernia obturatoria. Luzern 1856.
2. Joseph Englisch, Über Hernia obturatoria. Wien 1891.
3. v. Bergmann, v. Bruns, v. Mikulicz, Handbuch der praktischen Chirurgie. III. Band, Teil I. Stuttgart 1900.
4. Leser, Spezielle Chirurgie. VI. Aufl. Jena 1904.
5. Roser, Ein Beitrag zum Mechanismus der Bruchbildung. Centralblatt für Chirurgie. 1888. Nr. 22.
6. Auerbach, Ein Beitrag zur Lehre von der Hernia obturatoria. Inaug.-Dissert. München 1890.
7. Pichert, Über einen Fall von Hernia obturatoria. Inaug.-Dissert. Berlin 1891.
8. Knipping, Beiträge zur Lehre der Hernia obturatoria nebst Beschreibung eines operierten Falles. Inaug.-Dissert. Leipzig 1896.
9. Dehner, Zwei Fälle von Hernia obturatoria. Inaug.-Dissert. Leipzig 1897.
10. Hirschfeld, Beiträge zur Lehre der Hernia obturatoria. Inaug.-Dissert. Leipzig 1903.
11. Schwarzschild, Osteoplastischer Verschluss einer Hernia obturatoria nach dreimaliger Einklemmung im For. obtur. sin. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Band 74. 1904.
12. Sträter, Die Radikaloperation der Hernia obturatoria. Centralblatt für Chirurgie. 1905. Nr. 42.

Lebenslauf.

Am 27. März 1878 wurde ich, Friedrich Wilhelm Carl Davin, evangelischer Confession, zu Osnabrück als Sohn des verstorbenen Pfarrers und Seminarlehrers Heinrich Davin geboren. Ich bin preussischer Staatsuntertan und erhielt meine Gymnasialausbildung auf der Lateinischen Hauptschule der Franckeschen Stiftungen zu Halle a. S., die ich am 15. Sept. 1899 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Hierauf bezog ich zuerst die Universität Tübingen, um Philosophie und Theologie zu studieren. Gleichzeitig genügte ich meiner Dienstpflicht als Einjährig-Freiwilliger im 10. Württ. Infant.-Regt. Nr. 180. Im Herbst 1900 ging ich nach Halle, wo ich im März 1901 zum Studium der Medizin übertrat. Hier bestand ich am 4. Mai 1903 die ärztliche Vorprüfung und am 17. März 1906 das medizinische Staatsexamen, worauf ich die Approbation erhielt. Seit dem 1. Mai d. J. bin ich als Assistenzarzt am Knappschaftskrankenhaus bei Annahütte, Provinz Brandenburg. Am 10. August bestand ich das Colloquium. Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten, deren ich in Dankbarkeit gedenke:

in Tübingen:

Sigwart und Spitta;

in Halle:

Bernstein, v. Bramann, Braunschweig, Bumm, Döbner, Dorn, Eberth, Eisler, Fraenkel, Franz, Frese, Freund, Gebhardt, Grenacher, Grunert, Haasler, Haupt, Harnack, Kautzsch, Klebs, Kromayer, Loofs, Mehnert, v. Mering, Nebelthau, Oberst, Riehl, Roux, Siegert, Schmidt-Rimpler, Sobernheim, Steuerlein, Stöltzner, Tomascewski, Tschermak, Veit, Volhard, Vorländer, Wernicke, Winternitz, Wullstein.